UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES PRIMITIFS

DE L'INTESTIN GRÊLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juin 1914

PAR

Pierre ROBERT

Né à Saint-Chinian (Hérault), le 10 avril 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VIRES, Professeur. *Président.*
GRANEL, Professeur.
RICHE, Agrégé.
MASSABUAU, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES PRIMITIFS

DE L'INTESTIN GRÊLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES PRIMITIFS

DE L'INTESTIN GRÊLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juin 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Pierre ROBERT

Né à Saint-Chinian (Hérault), le 10 avril 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur. } *Assesseurs.*
RICHE, Agrégé.
MASSABUAU, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
GRANEL, professeur.	MASSABUAU, *agrége.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES GRANDS-PARENTS

A MES AMIS

P. ROBERT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

RICHE ET MASSABUAU

P. ROBERT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES PRIMITIFS

DE L'INTESTIN GRÊLE

INTRODUCTION

Accompagnant notre ami Cathala, alors interne aux militaires, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de sarcome de l'intestin grêle. Comme cela arrive souvent pour les tumeurs abdominales, un diagnostic ferme ne put être porté, et c'est seulement après l'ablation et examen histologique qu'on reconnut l'origine sarcomateuse du néoplasme. Intéressé par la rareté de ces tumeurs et la difficulté d'en établir le diagnostic, nous avons été conduit à entreprendre ce modeste travail.

Nous laisserons systématiquement de côté les cancers qui siègent aux extrémités de l'organe, ceux qui chevauchent sur le pylore et le duodénum, comme ceux qui sont communs à l'iléon et au cæcum, d'abord parce qu'ils sont souvent de nature différente, ensuite parce qu'ils n'ont pas la même symptomatologie; nous nous appliquerons

à décrire les sarcomes du jéjuno-iléon. Car, tandis que le pylore et le cæcum semblent être le foyer d'élection de l'épithéliome, la partie moyenne de l'intestin grêle semble être le terrain favori sur lequel se développe le sarcome.

Après un bref historique, suivant les principes de l'analyse clinique, nous allons d'abord essayer d'interpréter les quelques signes de cette affection et d'en établir la symptomatologie rigoureuse; remontant du symptôme à la lésion, nous tâcherons ensuite de mettre en lumière les divers points intéressant l'anatomie pathologique, macro et microscopique; en troisième lieu nous évoquerons l'origine possible de ces néoplasies; nous terminerons enfin en indiquant le traitement approprié.

Mais, avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser ici nos sincères remerciments aux maîtres de cette vieille école, à tous ceux qui, depuis le début de nos études, nous témoignèrent quelque intérêt et guidèrent nos premiers pas dans la carrière médicale.

Que notre président de thèse, M. le professeur Vires, reçoive l'hommage de notre respectueuse reconnaissance; c'est dans son service de l'Hôpital Général que nous fîmes nos premières armes, c'est à son cours de thérapeutique et de matière médicale que nous furent dévoilés les secrets de l'analyse clinique, ce fil d'ariane qui nous conduit à l'étude des indications et aux moyens de les remplir.

Notre gratitude ira aussi à M. le professeur Granel et à M. le professeur-agrégé Riche. Nous n'oublierons jamais les bienveillants encouragements qu'ils nous prodiguèrent, et comme compatriote et comme disciple.

HISTORIQUE

D'après les statistiques de Nothnagel, le sarcome primitif de l'intestin grêle serait très rare, puisque, sur 100 cas de tumeurs siégeant sur le tractus intestinal, on le rencontre à peine deux ou trois fois. Aussi, ne faut-il pas s'étonner si l'histoire en est restée longtemps obscure. Si l'on consulte, en effet, les différents traités classiques français on s'aperçoit que cette question est traitée d'une façon tout à fait rudimentaire. Dans le traité de médecine de Charcot et Bouchard, de même que dans les traités de chirurgie de Duplay et Reclus ou de Ledentu et Delbet, c'est à peine si on y fait une allusion rapide, à propos des tumeurs de l'intestin. Au contraire, en Allemagne, dans le Traité de pathologie publié sous la direction de Nothnagel comme dans le Handbuch der praktichen Chirurgie de Bergmann, Bruns et Mikulicz, on trouve un chapitre entier consacré au sarcome primitif de l'intestin grêle. Tandis que nous avons pu trouver en Allemagne un certain nombre de bons articles d'ensemble sur les sarcomes primitifs de l'intestin grêle (articles signés Baltzer, Smoler, Libman), dans la littérature français nous n'avons pu recueillir que des faits épars publiés sans commentaires.

Comme travail intéressant, nous n'avons pu découvrir en France que le mémoire de Ducastel et quelques thèses.

Dans ce mémoire, intitulé: Cancer primitif de l'iléon, il est fait mention de cinq observations recueillies chez le docteur Potain et se rapportant à des cancers de la valvule iléo-cæcale, tous ces faits sont dépourvus d'examen histologique, de telle sorte qu'on ne peut affirmer leur nature.

Les thèses sont celles de Haussmann (Paris 1882), de Journet (1883), de Badie Lyon (1900). On y trouve quelques faits de cancer du grêle au milieu d'un fatras s'appliquant à des tumeurs du gros intestin. Ces observations, d'ailleurs sont souvent dépourvues d'examen microscopique, ce qui diminue encore leur valeur.

En somme, jusqu'au commencement de ce siècle, exception faite pour quelques cas épars publiés dans les journaux et les revues, on ne trouve que peu de chose sur ce sujet dans la littérature médicale française.

Lecène, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1904), comble amplement cette lacune, puisqu'il réunit 85 cas de cancer de l'intestin grêle, dont 75 cas de sarcome, 13 chez l'enfant. et 62 chez l'adulte, avec leur examen histologique pour la plupart.

Depuis cette époque, Steinthal publie deux nouveaux cas, Moyneham deux également; en 1906, Albertin et Leriche en relatent un nouveau; en 1907, Lecène ajoute deux nouvelles observations.

Dans sa thèse sur l'origine vitelline des sarcomes de l'intestin grêle, Boissière (Paris, 1908) rapporte trois observations inédites. Si nous joignons à cette liste l'observation que nous-même publions, nous arrivons à un total de 89 observations publiées jusqu'à ce jour sur ce même sujet: Des sarcomes primitifs de l'intestin grêle.

Aussi nous croyons-nous obligé de faire remarquer, en

terminant cet historique, que c'est là une belle collection de faits d'expérience pour un sujet que l'on semble avoir pendant longtemps considéré comme une curiosité pathologique.

SIGNES

Les sarcomes primitifs de l'intestin grêle n'ont pas une symptomatologie bien spéciale, c'est-à-dire qu'ils se manifestent à peu de choses près comme les autres tumeurs abdominales. Comme toutes ces dernières, ils sont très difficiles à dépister dès le début, alors que la tumeur, du volume d'une noix ou d'une mandarine, par exemple, est trop peu développée pour être perceptible à travers la paroi abdominale. A ce moment, c'est à peine si on peut signaler quelques troubles digestifs vagues et insignifiants. Mais comme la plupart du temps la maladie évolue rapidement, ces prodromes sont vite suivis du signe clinique capital: l'apparition de la tumeur. Cette tumeur est surtout caractérisée par son siège. On la trouve dans cette partie de l'abdomen qu'encadrent les côlons ascendant, transverse et descendant; parfois son poids l'entraîne dans la cavité pelvienne, et nous verrons que plus d'une fois on confondit ces néoplasmes avec des tumeurs ovariennes ou annexielles. Plus généralement, on la trouve dans une des fosses iliaques droite ou gauche, ou bien encore dans la région péri-ombilicale. Dans la majorité des cas, il existe donc une tumeur facile à sentir à la palpation de l'abdomen; un des caractères de ces néoplasmes, c'est qu'au début tout au moins leur masse est géné-

ralement très mobile sur les plans profonds. Ceci est dû à ce que l'intestin grêle, grâce aux gaz qu'il contient, flotte pour ainsi dire sous la paroi abdominale; de telle sorte que toutes ses portions (l'angle duodéno-jéjunal excepté) sont parfaitement accessibles. Nous nous empressons d'ajouter que cette mobilité n'est que passagère, la tumeur faisant rapidement des adhérences.

La tumeur, d'ailleurs, est généralement assez développée pour être facilement sentie; son volume est variable, depuis le volume d'une orange jusqu'à celui d'une tête d'adulte; ceci est tout à fait différent de ce que l'on observe au niveau du gros intestin, où la variété des petits cancers en virole, inappréciable au palper, est très fréquente.

Souvent la tumeur a une consistance dure, mais elle peut aussi être plus ou moins ramollie et donner même une impression pseudo-fluctuante; sa surface est exceptionnellement lisse, plus souvent elle est bosselée, irrégulière, donnant quelquefois l'impression d'un amas de petites tumeurs lobulées.

Cependant on ne sent généralement qu'une seule tumeur, même quand l'autopsie a démontré qu'il en existait plusieurs; dans 5 cas seulement, sur 60 observations, on put sentir plusieurs tumeurs à l'examen.

La masse néoplasique est généralement mate, à moins que les anses intestinales, agglutinées par les adhérences, ne se placent au-devant d'elle.

La tumeur est donc le signe capital, puisqu'elle existe 5 fois sur 6; quelquefois même, c'est le signe unique. Mais il est un caractère remarquable de cette tumeur, qui existe dans la plupart des cas et qui la différencie des autres néoplasies à siège intestinal: c'est qu'elle n'est pas sténosante. L'anatomie pathologique, en effet, nous appren-

dra que le sarcome de l'intestin grêle agrandit la lumière intestinale au lieu de la rétrécir.

A côté de cette symptomatologie générale, tumeur à siège intestinal non sténosante, nous devons faire une place à toute une série de petits signes dont l'existence, bien que souvent incertaine, peut faciliter énormément le diagnostic.

En première ligne, nous citerons la cachexie rapide et précoce; chez les enfants en particulier, elle fait rarement défaut, puisqu'on la rencontre plus d'une fois sur deux; c'est l'apparition de cet amaigrissement, suivi d'un affaiblissement progressif, qui conduit souvent la maman chez le docteur. Remarquons en passant que ce signe est bien moins important chez l'adulte, puisqu'on ne le rencontre qu'une fois sur cinq.

Les troubles digestifs ont souvent été signalés, mais leur manifestation est très différente et varie avec chaque cas. On a noté la constipation rebelle 10 fois sur 60, la diarrhée, 3 fois, des alternatives de constipation et de diarrhée 3 fois, des pesanteurs après les repas 3 fois, des douleurs très vives sous forme de coliques, comme dans notre observation personnelle, 10 fois.

La fièvre n'est pas rare, mais elle n'a rien de caractéristique; ce n'est pas une fièvre néoplasique; elle est probablement liée à l'ulcération et à l'infection secondaire du sarcome.

Le mœlena est rarissime, puisqu'on ne l'a noté qu'une fois; ceci est remarquable, étant donné que ce sont des tumeurs souvent ulcérées et que les hémorragies interstitielles y sont très fréquentes; quelque explication qu'on donne de ce fait, sa constatation a une grande importance. On connait la fréquence des selles marc de café dans le

cas d'épithéliome du tube digestif. C'est donc là un caractère différentiel appréciable.

On a signalé la présence d'une circulation collatérale complémentaire. L'ascite très abondante est exceptionnelle; on ne l'observe que lorsque le néoplasme est déjà avancé dans son évolution. Ce signe, s'il n'a pas une grande valeur au point de vue diagnostic, a une valeur pronostique très considérable. Sa présence signifie qu'il s'est fait des adhérences et des métastases multiples qui compriment les vaisseaux. La néoplasie ayant envahi le péritoine, tend à se généraliser; on doit se garder de toute intervention.

Dans les rares cas où il y a occlusion intestinale et même dans tous les cas, il sera intéressant de rechercher la présence de l'indican dans les urines. En effet, comme le signale Jaffé, toutes les fois que le cours des matières est ralenti dans l'intestin grêle, la décomposition des matières albuminoïdes donne naissance à de l'indol qui, repris par l'organisme, est éliminé par les urines à l'état d'indolxysulfate alcalin ou indican. Quoique le sarcome du grêle soit rarement sténosant, sa présence détermine certainement très souvent une paresse intestinale très marquée. C'est donc là un signe de laboratoire qu'on ne devra pas négliger.

Si nous résumons les divers signes que peuvent présenter les malades atteints de sarcome primitif de l'intestin grêle, nous voyons que le plus important, parfois le seul, c'est l'existence d'un tumeur abdominale, non sténosante, dont le siège répond à l'intestin grêle. Viennent ensuite une série de petits signes, paresse intestinale ou débâcles diarrhéiques, coliques, pesanteurs. On a encore signalé l'absence de mœlena, la fièvre, l'ascite, la circulation collatérale et l'indicanurie.

DIAGNOSTIC

Si nous parcourons les diverses observations publiées jusqu'à ce jour, nous constatons que le diagnostic absolument exact, n'a pu être fait que deux fois par Westermark et par Lecène, et encore ces auteurs ont-ils soin de faire remarquer qu'ayant rencontré peu auparavant, soit par laparotomie exploratrice, soit comme trouvaille d'autopsie, des cas de sarcome non diagnostiqués, leur esprit s'était naturellenmt porté de ce côté-là, devant un cas dont la symptomatologie était à peu près similaire.

C'est dire les difficultés que présente le diagnostic de ces tumeurs, il est même des cas où il est impossible. Supposons un sarcome du volume d'une mandarine, par exemple, dont la palpation sera impossible à travers la paroi abdominale, la symptomatologie se résume à quelques troubles gastriques, à un amaigrissement notable, à une cachexie précoce. Le diagnostic alors s'égare et ce n'est qu'accidentellement, à la suite d'une occlusion intestinale, que rien n'explique, ou d'une péritonite intempestive, que l'on peut soupçonner la présence d'une tumeur. Dans ces conditions, il arrive bien souvent que le malade miné par la cachexie vient mourir à l'hôpital et que le diagnostic est une trouvaille d'autopsie.

Cependant, au début, dans ces cas où la tumeur ne peut

être décélée par la palpation, il faudra toujours rechercher le bacille de Koch, dans les cas de diarrhée rebelle, pouvant éveiller l'idée d'une tuberculose intestinale. Cette recherche, presque toujours positive dans les cas de tuberculose intestinale, a toujours donné des résultats négatifs dans les quelques cas de sarcome où elle a été faite.

Dans les cas d'occlusion intestinale, on arrivera à localiser cette occlusion en cherchant l'indican dans les urines, selon la méthode de Joffé; ce procédé aura son utilité toutes les fois que le diagnostic sera existant entre une sténose du grêle et une sténose du gros intestin. Enfin, le toucher vaginal et le toucher rectal pourront, combinés au palper, quelquefois suffire à déceler une tumeur qui n'aura pas été perçue par le palper abdominal.

Prenons un autre cas, celui où le symptôme capital existe, ou la tumeur du volume d'une orange, par exemple, siège dans l'abdomen. La grosse difficulté consiste alors dans la localisation exacte de la tumeur; il s'agit de déterminer si elle dépend de l'intestin grêle ou de tout autre organe abdominal. Au début, lorsque la néoplasie est encore libre, qu'on peut facilement la mobiliser, cette localisation n'est pas impossible, le mésentère constituant une attache très lâche et très souple on peut faire évoluer la masse dans toutes les directions, mais dès qu'elle a contracté des adhérences, la difficulté devient insurmontable.

Somme toute, la symptomatologie dont nous avons donné le détail, n'a qu'une valeur toute relative puisqu'elle ne conduit pas à la certitude, et nous devons avouer que parmi les divers signes que nous avons énumérés, il n'en est pas un seul qui caractérise réellement l'affection. Aussi n'est-on pas étonné en compulsant les diverses observations publiées jusqu'à ce jour, du nombre considérable d'erreurs de diagnostic commises à ce sujet et de leur

diversité. Chez un malade, Hahn avait pensé à un rein mobile, Balzec et Terrier à une péritonite tuberculeuse, Brault à un kyste hydatique du foie, Heinze a un carcinome du côlon descendant, Fleming et Steven à une hypertrophie de la rate; chez les femmes, Quénu avait cru avoir affaire à un kyste de l'ovaire, Hawthorn à un fibrome utérin adhérent à l'intestin, Mermet à un pyosalpinx.

Ces quelques exemples, plus que tous les commentaires, font toucher du doigt la multiplicité des erreurs possibles.

Par quel moyen le praticien pourra-t-il arriver alors à la certitude qui fixera son diagnostic? A notre avis, il n'y en a qu'un, c'est la laparotomie exploratrice. Si après avoir fait une fenêtre abdominale le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur, il faudra qu'il sache différencier le sarcome des autres néoplasmes intestinaux; nous verrons, en anatomie pathologique, qu'en somme, le diagnostic anatomique de sarcome peut être porté à l'œil nu. On a généralement affaire à une tumeur volumineuse, bosselée, montrant à sa surface des extravasats sanguins, parfois très abondants, infiltrant toute la circonférence de l'intestin, mais en général sans le rétrécir, on trouve de plus dans le mésentère de volumineux ganglions.

Le diagnostic différentiel macroscopique du sarcome et de l'épithélioma préventif de l'intestin grêle est facile: l'épithélioma infiniment plus rare sur ce segment d'intestin se présente avec des caractères macroscopiques tout autres. La tumeur est en général du volume d'une noix, d'une châtaigne; elle détermine presque toujours une sténose très serrée du calibre intestinal, les métastases ganglionnaires sont moins fréquentes. Néanmoins, on cite au moins un cas, celui publié par Kukula, où la pièce anatomique avait l'aspect d'un sarcome et où l'examen histologique décéla une tumeur épithéliale.

Nous ferons les mêmes restrictions pour la tuberculose intestinale ; dans ces cas aussi, l'intestin est fortement sténosé par un tissu de cicatrice provenant de la guérison d'une vaste ulcération tuberculeuse. Cependant ici encore, les apparences peuvent être très trompeuses, et M. Texier, de Lyon, cite notamment un cas typique d'erreur diagnostique. Nous savons d'ailleurs qu'il existe une variété de tuberculosde hypertrophique, siégeant ordinairement au niveau de la valvule iléo-cœcale, et ressemblant, point par point, à un néoplasme. L'examen histologique seul peut permettre de trancher la difficulté.

Quelle importance peut donc avoir le diagnostic anatomique au moment de l'intervention? Si les caractères objectifs de la tumeur font penser au sarcome, il permet de rechercher avec soin s'il n'existe pas d'autre tumeur disséminée sur le trajet intestinal. S'il en était autrement, toute tentative d'intervention radicale resterait illusoire.

Le diagnostic du sarcome, après laparotomie exploratrice, est donc indispensable ; c'est lui qui, la plupart du temps, dictera au praticien la conduite qu'il doit tenir.

EVOLUTION

La malignité des sarcomes de l'intestin grêle est considérable. En général, on peut dire que ces néoplasies évoluent durant une période qui va de six mois à un an, mais, dans certains cas exceptionnels, on a pu voir des malades disparaître en un, deux ou trois mois. Ainsi les variétés lymphosarcome, et globo-cellulaires paraissent plus malignes que la variété fuso-cellulaire. Ces observations ne sont pas absolument rigoureuses et nous sommes obligé de faire des réserves. Ce qui est certain, c'est que le facteur le plus puissant, celui qui précipite le plus rapidement la marche de la maladie, c'est la cachexie. Aussi doit-on accorder une valeur pronostique importante à ce symptôme.

Mais il arrive parfois que le malade meurt subitement, sans que son médecin ait prévu une fin si proche. Il faut alors penser à des complications possibles, l'occlusion intestinale, le plus souvent chronique et la péritonite. L'occlusion intestinale est plutôt rare, puisque la tumeur n'est pas sténosante; elle reconnaît pour cause des mécanismes bien différents. Tantôt elle est produite par les nombreuses adhérences qui brident l'intestin, tantôt c'est simplement le poids du néoplasme appendu comme un fruit à l'anse grêle, qui détermine un volvulus, tantôt, enfin, le sarcome

développé dans la paroi intestinale, à la façon d'un polype, en obstrue plus ou moins complètement la lumière.

La péritonite n'est pas non plus très fréquente, elle se manifeste par la symptomatologie habituelle et est provoquée par des causes bien différentes; on peut les ramener à trois types principaux:

1° Elle est consécutive à un abcès développé dans la tumeur; cet abcès s'est ouvert dans le péritoine et y a évacué son contenu;

2° Il y a eu usure successive de toutes les couches constituant la paroi intestinale, et la perforation du néoplasme lui-même est une cause de péritonite;

3° Il n'y a pas trace de solution de continuité, mais les parois de l'intestin sont extrêmement amincies, il y a alors péritonite par propagation, par migration microbienne transpariétale.

En résumé, le sarcome de l'intestin grêle évolue dans une période qui varie d'un mois à un an; il se termine par une cachexie plus ou moins rapide, à moins qu'une occlusion intestinale ou une péritonite n'aient emporté le malade bien auparavant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Formes anatomiques. — Il existe deux variétés de sarcome de l'intestin grêle :

1° La forme circonscrite, qui est caractérisée par la présence d'une seule tumeur primitive ;

2° La forme diffuse, qui se compose d'une série de tumeurs en chapelet, disséminées sur le trajet intestinal.

D'après Lecène, la forme circonscrite serait au moins deux fois plus fréquente que la forme diffuse. La tumeur peut siéger sur n'importe quel point de l'intestin ; mais elle affecte plus particulièrement la partie moyenne ; on la trouve ordinairement sur l'iléon et sur le jéjunum par ordre de fréquence, rarement sur les extrémités de l'organe (duodénum et fin de l'iléon). Son volume dépend du degré de développement ; elle est perceptible au palper abdominal dès qu'elle est de la grosseur d'une orange ; mais elle peut atteindre le volume d'une tête de fœtus et même d'un adulte.

Caractères macroscopiques. — La tumeur est toujours infiltrée à travers l'épaisseur des tuniques de l'intestin. Extérieurement, l'anse intestinale malade est irrégulière et bosselée, les observations concordent à peu près sur ce point. Les bosselures sont de forme et de volume variables ;

certaines de ces saillies sont de couleur noirâtre ou rouge foncé; elles correspondent le plus souvent à des hémorragies interstitielles, véritables accidents apoplectiques dus à la grande fragilité des tissus vasculaires. La couleur du néoplasme est généralement blanchâtre, blanc rosé ou jaunâtre.

A la coupe, le sarcome peut être de consistance molle, ou au contraire, très dure, criant sous le couteau; la tranche de section est blanche, blanc rosé ou blanc bleuté. Cette tranche de section n'est pas toujours régulière, il n'est pas rare d'y rencontrer de petites loges. Ce sont des foyers de nécrose qui, par résorption partielle, forment des cavités kystiques ou plutôt pseudo-kystiques, puisque elles n'ont ni paroi propre, ni revêtement épithélial. C'est la résorption de ces produits de nécrose, autant que l'infection secondaire à l'ulcération qui déterminent probablement l'apparition de cette fièvre des néoplasmes survenant au cours de l'évolution de la tumeur.

Si l'on étudie la surface de section d'un sarcome du grêle, on peut distinguer au début les diverses tuniques qui constituent la paroi intestinale. On reconnaît très bien la muqueuse avec ses villosités. Au-dessous d'elle la sous-muqueuse est infiltrée d'éléments sarcomateux, mais elle est cependant encore reconnaissable. Au-dessous de la sous-muqueuse on reconnaît la musculature, dont les diverses couches sont en partie dissociées par le sarcome. Si, au contraire, on considère une tumeur déjà très avancée dans son développement, la surface de section n'est plus qu'une masse blanchâtre, molle, plus ou moins homogène, souvent parsemée de foyers noirs hémorragiques et de pseudo-kystes nécrotiques. La musculature a été diguée par les cellules néoplasiques.

La muqueuse intestinale, au niveau de cette tumeur, est

souvent parsemée d'ulcérations plus ou moins profondes, recouvertes de débris sanieux et fétides. Ces ulcérations, en détruisant progressivement la paroi intestinale peuvent provoquer la perforation, qui est suivie d'une péritonite mortelle. Ce mécanisme n'est point très fréquent puisqu'il n'a été signalé que sept ou huit fois. On a encore signalé une fois l'ouverture du néoplasme dans la vessie et une autre fois dans le rectum.

La situation de la tumeur par rapport à l'intestin est variable. Tantôt à la manière de ces verrues que présentent les vieux arbres, elle est accolée à la surface libre de l'intestin, tantôt à la façon d'un boudin, elle infiltre en masse tout le pourtour intestinal, tantôt elle est pédiculée comme une poire et flotte dans la lumière du tube digestif, tantôt, enfin, c'est entre les deux feuillets du mésentère que la tumeur semble vouloir se loger.

La forme la plus commune est la forme en boudin; cette forme, comme on pourrait le croire à première vue, n'est pas sténosante, au contraire, à son niveau, le calibre intestinal est généralement augmenté, forme une cavité anévrismale, pour parler comme certains auteurs. Ce fait a une grande importance puisqu'il permet de différencier, à peu près sûrement à l'œil nu, le sarcome de l'épithéliome et de la tuberculose hypertrophique. La sténose réelle est une exception puisque Rutherford l'a signalée seulement une fois, encore était-elle due à un mécanisme spécial. Dans cinq observations on a cependant noté une légère diminution du calibre intestinal. Somme toute, on peut admettre que la tumeur n'est pas sténosante et que si elle donne lieu à des phénomènes d'occlusion, c'est par des mécanismes spéciaux; on a signalé la coudure brusque de l'intestin sur la tumeur, la multiplicité des métastases et des adhérences ou bien la présence dans la lumière intes-

tinale d'un sarcome polypiforme dont la masse joue le rôle d'un bouchon.

Comment peut-on expliquer cette dilatation anévrismale dont s'accompagne le sarcome du grêle? Elle est due probablement à la digestion de la musculature de l'organe, par les éléments néoplasiques. La paroi intestinale ayant perdu sa tonicité se laissera facilement dilater.

Homolle, Steinberg nous signalent deux cas de sarcome polypiformes qui donnèrent lieu à des invaginations intestinales. De même dans le fait rapporté par Wallenberg, il s'agit d'un sarcome de l'iléon pédiculé, qui s'élimina après invagination.

Le sarcome du grêle crée facilement des adhérences avec les organes voisins; on a noté des adhérences avec les diverses portions du côlon ascendant, descendant, transverse avec la vessie, avec les organes génitaux chez la femme, avec le pancréas, la rate, la paroi abdominale antérieure. Ces adhérences, outre qu'elles peuvent brider l'intestin et produire l'occlusion, entravent souvent le chirurgien lors de l'intervention, de plus elles ont souvent contribué à égarer le diganostic.

Quand il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire, l'aspect macroscopique est un peu spécial. La tumeur est dure ou au moins de consistance ferme, sa couleur est jaunâtre, ses contours sont lisses, les foyers de nécrose et les hémorragies interstitielles y sont rares, dans un cas même on a trouvé des zones de calcification.

Forme diffuse. — Elle est formée par une série de tumeurs en chapelet, comme nous l'avons déjà dit. Mais n'est-on pas en droit de se demander s'il existe réellement deux formes de sarcome et si dans la forme diffuse chacune des tumeurs composantes n'est pas une des métastases

d'une tumeur initiale circonscrite? Il semble que dans certaines observations les diverses tumeurs ayant le même volume et la même étendue, il est difficile d'admettre qu'elles sont secondaires les unes aux autres.

Dans d'autres observations, au contraire, une tumeur d'un volume considérable a probablement donné naissance à une série de greffes qui présentent la même disposition que la tumeur-mère sur le tractus intestinal. Il est très vraisemblable d'admettre dans ces cas la propagation par voie lymphatique rétrograde.

Généralisation. — Dans une première période de son évolution, le sarcome de l'intestin grêle reste localisé à l'endroit où il prit naissance. Plus tard, les cellules néoplasiques transportées par les diverses humeurs de l'organisme vont créer des foyers de prolifération à distance et produire les métastases. Pour se former, ces métastases empruntent deux voies principales: la voie lymphatique et la voie sanguine.

Les métastases qui empruntent la voie lymphatique se localisent dans les ganglions et dans le péritoine; nous les diviserons en:

1° Métastases ganglionnaires régionales (mésentériques);

2° Métastases ganglionnaires à distance;

3° Métastases péritonéales auxquelles nous ajouterons les métastases siégeant sur le reste du tractus intestinal.

Les métastases qui empruntent la voie sanguine se rencontrent en général dans les organes très vascularisés:

1° Métastases ganglionnaires mésentériques. On les rencontre à peu près dans 75 0/0 des cas, d'où la nécessité d'enlever les ganglions mésentériques au moment de l'intervention; ce sont de vraies tumeurs dont le volume at-

teint quelquefois et même dépasse le volume de la tumeur primitive;

2° Métastases ganglionnaires à distance; elles sont rares, 6 à 8 0/0, on les rencontre dans les ganglions du médiastin et du cou; on en a signalé un cas dans le pli de l'aîne;

3° Métastases péritonéales; elles sont signalées dans 20 0/0 des cas; elles se présentent sous formes de nodules sous-séreux disséminés.

On peut noter ici que chaque fois qu'on trouvera des métastases péritonéales, on trouvera généralement aussi des ganglions sus-claviculaires. Ce fait rappelle à l'esprit la théorie de Troisier au sujet de l'envahissement ganglionnaire sus-claviculaire des néoplasmes abdominaux.. Cet auteur nous explique que cette contagion se fait par l'intermédiaire du canal thoracique. Après lui, Kuttner a prétendu que les cellules cancéreuses empruntaient, au contraire, les voies lymphatiques antérieures. Traversant le ligament suspenseur du foie, elles remonteraient jusqu'à la région du cou, par l'intermédiaire des lymphatiques rétro-sternaux. Il est probable que les deux hypothèses sont exactes.

4° Les métastases viscérales se trouvent dans 30 0/0 des cas; pour se produire, elles semblent emprunter la voie sanguine, aussi les trouve-t-on de préférence sous les organes très vasculaires, comme le foie, le rein, le poumon. On en signale dans les os, la plèvre, les grandes lèvres, le pancréas.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les principales variétés histologiques de sarcomes de l'intestin grêle sont par ordre de fréquence :

1° Le sarcome globo-cellulaire, comprenant environ 50 0/0 des cas ;

2° Le sarcome fuso-cellulaire, comprenant 20 0/0 des cas ;

3° Le lymphosarcome, comprenant 15 0/0 des cas.

On a encore décrit des sarcomes alvéolaires à kystes hémorragiques et des sarcomes mixtes : des myosarcomes, des myxo-sarcomes, des fibro-sarcomes. Mais tous ces types n'ont rien de caractéristique et peuvent se ramener aux précédents. Ce sont, en somme, des sarcomes globo et fuso-cellulaires, dans lesquels les ilots sarcomateux se trouvent séparés par une trame de tissus musculaires, graisseux ou fibreux, qui participent à la prolifération néoplasique.

Le type lymphosarcome, qui, lui, est admis comme une individualité bien caractérisée par le plus grand nombre, n'est considéré par d'autres que comme une variété de sarcome fuso ou globo-cellulaire. On a prétendu, en effet, que dans l'intestin, le tissu lymphoïde étant très abondant (Plaques de Peyer, follicules clos), bien des tumeurs avaient été décrites comme des lymphosarcomes qui n'étaient, en réalité, que des sarcomes fuso ou globo-cellu-

laires. Aussi sommes-nous d'avis que l'étiquette lymphosarcome ne doit être appliquée qu'aux tumeurs possédant un réticulum de tissu lymphoïde, parfaitement net, dans toute leur étendue.

Dans sa thèse, Lecène a eu la bonne fortune de pouvoir présenter, dans deux observations personnelles les deux variétés principales de sarcome du grêle : les formes globo et fuso-cellulaires. D'autre part, notre observation personnelle, (dont nous devons l'examen histologique à l'amabilité de M. le professeur Bosc) se trouve être un cas de lymphosarcome bien caractérisé.

C'est d'après ces trois faits que nous décrirons les caractères macroscopiques de ces trois grandes classes de tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle.

Voici d'abord la description du premier type : le sarcome globo-cellulaire :

« Sur les coupes regardées à un faible grossissement pour pouvoir examiner l'aspect général de la préparation, on voit que toute l'épaisseur de la paroi intestinale est infiltrée par des amas de cellules arrondies ; la muqueuse est encore visible, la pièce provenant d'une autopsie, on aperçoit les villosités en partie dépourvues de leur épithélium. La sous-muqueuse est encore reconnaissable, mais déjà très infiltrée ; la *muscularis mucosæ* est conservée ; c'est au niveau des fibres musculaires lisses de l'intestin que les lésions sont le plus marquées ; les fibres circulaires surtout sont complètement désorganisées, dissociées par l'infiltration des petites cellules rondes. Cette infiltration se poursuit jusqu'à la sous-séreuse, le revêtement péritonéal est conservé. L'ensemble de la paroi intestinale est très épaissie, elle mesure au moins 2 centimètres, alors qu'à l'état normal elle n'a que 5 à 6 millimètres.

A un fort grossissement on aperçoit les particularités

histologiques qui peuvent permettre de faire le diagnostic.

Les cellules qui constituent le néoplasme sont quelquefois arrondies, plus souvent aussi irrégulièrement polyédriques, par pression réciproque; leurs noyaux sont vivement colorés par le bleu d'Unna. Quelques-uns de ces noyaux sont en division indirecte. Le protaplasma des cellules est généralement assez peu abondant et se colore en jaune par l'éosine; les cellules sont de taille à peu près semblable dans toute l'étendue de la préparation. En bien des points, les vaisseaux ne sont représentés que par des lacunes creuses, dans l'épaisseur même des éléments de la tumeur. En d'autres points, on reconnaît les vaisseaux préexistants de la paroi intestinale, entourés d'un très grand nombre de cellules arrondies, présentant les caractères décrits ci-dessus, Nulle part, nous n'avons trouvé de réticulum net dans la tumeur; il existe bien par endroits des fibrilles connectives qui séparent les cellules les unes des autres, sur une petite étendue, mais sur des coupes secouées dans l'eau distillée, il est impossible de trouver un réticulum comme celui des organes lymphoïdes. On ne rencontre pas de cellules géantes plurinuclées. En un point de la préparation, on voit un ilot irrégulier découpé dans l'épaisseur de la tumeur, dépourvu d'éléments cellulaires colorables; c'est un foyer de nécrose. »

En résumé, il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire dont les éléments néoplasiques arrondis ont envahi toutes les tuniques de l'intestin sans ulcérer la muqueuse.

Dans sa seconde observation, Lecène nous décrit le type fuso-cellulaire; en voici les principaux caractères:

« Sur des préparations comprenant toute l'épaisseur de la paroi intestinale en plein centre de la tumeur, il est impossible de reconnaître les éléments histologiques qui constituent la paroi. La muqueuse a disparu, il ne reste çà et là,

dans les parties les plus superficielles de la tumeur que quelques culs-de-sac glandulaires à moitié détruits. Pas de traces de la couche musculaire qui a été digérée, aucun élément ne donne la réaction caractéristique des fibres musculaires lisses (Van Gieson). Toute la paroi intestinale en masse a été remplacée par un tissu néoplasique, qui présente les caractères suivants :

Il est formé de cellules à corps fusiformes plus ou moins allongées, toutes dans le même sens et formant ainsi des bandes parallèles. Entre ces éléments cellulaires fusiformes on rencontre très souvent de très fines fibrilles de tissu conjonctif ; les noyaux de ces cellules sont volumineux, souvent en division indirecte atypique ; dans quelques-uns même, on trouve cinq à six noyaux accolés ensemble au centre de la cellule et formant une masse bourgeonnante. Si l'on recherche les vaisseaux, on voit que si par place on en trouve de bien contitués, en d'autres points, ils sont constitués simplement par des lacunes sans paroi propre, creusées au milieu des cellules fusiformes. Pas de foyers de nécrose, seulement quelques îlots d'hémorragies interstitielles. Il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire qui a détruit toutes les couches constituantes de la paroi intestinale, et ulcéré la muqueuse. L'épaisseur de la paroi est doublée. »

Enfin voici, d'après notre observation, la description histologique du type lymphosarcome :

Une coupe prélevée au niveau de la grosse tumeur, en un point ulcéré, nous montre une infiltration serrée de petites cellules rondes, identiques à celles du tissu adénoïde dans une trame conjonctive fine qui, par endroits, devient épaisse. Cette infiltration a détruit la structure normale de l'intestin et à sa surface elle présente une ulcération.

Les vaisseaux sanguins sont volumineux et les vaisseaux lymphatiques très délicats.

A un fort grossissement, on voit que l'infiltration est surtout formée de cellules à type lymphocytique, bien caractérisées, petites, rondes, avec un gros noyau chargé de chromatine et entouré d'une mince zone de protoplasma. Entre ces cellules on trouve, surtout au voisinage des points d'ulcération, c'est-à-dire aux points où la tumeur atteint son maximum de développement, des cellules volumineuses de 7 à 8 mm. de diamètre, à protoplasma granuleux, avec un ou deux noyaux. Certaines peuvent prendre un volume double et constituer des macrophages; elles renferment, en effet, à côté du noyau, des débris de globules rouges ou des cellules leucocytaires dégénérées. Ces cellules viennent de la trame qui s'amincit et dont les fibrilles renferment des cellules allongées, qui deviennent fusiformes ou s'arrondissent, deviennent polygonales pour former à certains endroits des amas cellulaires atypiques, qui donnent encore à la tumeur leur caractéristique de malignité. Dans tous les organes l'infiltration des lymphocites se fait progressivement à travers les cellules types, qui sont peu à peu détruites.

Maintenant que nous connaissons la structure histologique des diverses catégories de sarcomes, nous sommes amené à nous demander s'il n'y a pas une relation de cause à effet entre la structure et la malignité.

Si nous comparons à ce sujet les observations qui ont été suivies d'examen histologique, nous constatons que sur six cas de sarcome fuso-cellulaire, pendant trois fois on ne constate aucune métastase; trois fois, au contraire, il y avait généralisation glanglionnaire ou péritonéale. La généralisation pour les sarcomes fuso-cellulaires se fait donc dans 50 0/0 des cas. Pour le lymphosarcome et le

sarcome globo-cellulaire, nous voyons que sur 40 cas, trois fois seulement il n'y avait pas de métastases, ce qui donne un pourcentage de 95 0/0.

Il est donc certain que le sarcome fuso-cellulaire est relativement moins grave que les autres formes, aussi ne le rencontre-t-on que rarement sous la forme diffuse. Nous formulerons donc cette proposition: si la forme circonscrite peut quelquefois se rencontrer dans les sarcomes globo-cellulaires et les lymphosarcomes, elle est généralement la règle dans les sarcomes fuso-cellulaires.

Cette constatation n'est pas sans importance et l'on comprend, sans commentaires, l'intérêt qu'elle présente au point de vue pronostic.

Nous terminerons ce chapitre, en faisant remarquer qu'il est cependant une question qui serait au moins aussi intéressante au point de vue pathogénique, ce serait de connaître le point de départ de ces sarcomes primitifs de l'intestin grêle.

Les observations que nous avons parcourues ne nous permettent pas de conclure. La majorité des auteurs s'accordent à placer ce point de départ dans la sous-muqueuse de l'intestin, et ils s'appuient, pour démontrer ce fait, sur l'examen histologique de petits noyaux sous-muqueux, paraissant représenter le néoplasme au début; mais rien ne prouve que ces noyaux ne soient des métastases, comme nous l'avons vu plus haut.

Il semble certain que ces sarcomes sont des tumeurs intrapariétales d'emblée, et que le point de départ est dans le tissu conjonctif de la paroi intestinale. Mais est-ce dans la sous-muqueuse, dans le tissu conjonctif de la couche musculaire, dans les gaines péri-vasculaires? Nous ne pouvons le préciser.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les notions que nous possédons sur l'étiologie et la pathogénie des sarcomes de l'intestin grêle sont des plus rudimentaires; aussi serons-nous obligé de sacrifier quelque peu ce chapitre.

Dans sa thèse sur les tumeurs primitives de l'intestin grêle, Lecène nous apprend que sur 80 cas environ de sarcomes, dont il a cité l'observation, 30 cas s'appliquent aux femmes, tandis qu'il y en aurait 50 environ s'appliquant aux hommes. Le sexe fort présente donc une prédisposition incontestable, sans que nous puissions en donner une explication quelconque.

D'après le même auteur, l'âge aurait aussi une certaine influence déterminante; le maximum de fréquence serait entre 20 et 40 ans, c'est-à-dire pendant l'âge moyen de la vie. Tandis qu'on ne trouve ce genre de néoplasies que rarement chez les vieillards; il est fréquent chez les enfants et on l'a même rencontré chez le nouveau-né.

En effet, dans une observation remarquable que cite Lecène, Stern est le seul à nous signaler l'existence du sarcome dès la naissance: il s'agit d'un enfant qui vint au monde porteur d'une tumeur déjà très développée, puisque durant les quelques jours qu'il vécut, elle donna lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale. Ce qui laisse supposer

que la tumeur était déjà ancienne et avait commencé à se développer durant la vie intra-utérine. Or, il se trouve qu'au moment de la naissance, la mère était parfaitement saine et que même après elle n'eut jamais de cancer. Que faut-il conclure en présence d'un pareil cas? Il nous semble qu'en cette circonstance l'origine parasitaire de la tumeur est bien peu probable et nous ne pouvons nous empêcher de songer à la théorie embryonnaire, c'est elle qui nous semble la plus satisfaisante dans ce cas particulier.

Il est incontestable, en effet, qu'une certaine proportion, parmi les sarcomes primitifs de l'intestin grêle, surtout chez les tout jeunes, peut revendiquer comme origine une dégénérescence néoplasique des débris vitellins du diverticule de Meckel, anormalement persistants.

Il est probable, cependant, comme le conclut Boissière dans sa thèse sur ce sujet que l'origine vitelline des sarcomes du grêle ne peut être sûrement invoquée que pour les rares cas où la lésion siège dans le voisinage de l'angle iléo-cæcal, ou sur l'extrémité inférieure de l'iléon, à une cinquantaine de centimètres de cet angle, dans la région où on peut encore rencontrer des restes du diverticule de Meckel.

Ces cas, qui paraissent l'exception, mis à part, la pathogénie de notre sujet, comme celle des autres tumeurs se réduit à de simples hypothèses. Parmi elles, il faut citer la théorie fondée sur les anomalies du développement cellulaire, acquises. On a essayé, en effet, de rattacher l'existence des sarcomes du grêle à certains phénomènes pathologiques. Ces phénomènes réveillant l'activité du tissu conjonctif le forceraient à une prolifération désordonnée.

On a souvent noté le traumatisme dans les antécédents des porteurs de sarcomes primitifs de l'intestin grêle. Mais peut-on conclure de là qu'il existe entre ces deux faits des

relations de cause à effet. Ne peut-on pas avoir affaire à de simples coïncidences. Cette question des relations des traumatismes et des sarcomes, nous devons l'avouer, est fort obscure et nous ne connaissons pas, jusqu'ici, de fait à l'abri de toute discussion.

Ainsi Laventhal et W.-B. Coly ont bien publié quelques observations précises, qui pourraient faire croire à des rapports de causalité; mais il s'agit presque toujours, dans les faits qu'ils rapportent, de traumatismes osseux, sur le cal desquels se seraient greffés des ostéo-sarcomes. Or, il se trouve qu'il est d'une facilité enfantine de renverser l'hypothèse et qu'on peut tout aussi bien affirmer que c'est le sarcome naissant, mais imperceptible qui diminuant la valeur fonctionnelle du membre en détermine la fracture.

Dans le même ordre d'idées on a encore parlé de l'influence de certaines cicatrices. A ce sujet nous citerons une première observation de Nothnagel. Il s'agit d'un lymphosarcome qui s'était développé sur les cicatrices d'ulcérations tuberculoses. Ce fait, malgré la compétence du professeur Weichselbaum, qui fut chargé de l'examen histologique, est resté unique jusqu'à présent.

Dans deux autres observations, rapportées par Booth et par Pétrow, la fièvre typhoïde est notée comme ayant précédé de quelques années le développement du sarcome. Peut-être les cicatrices résultant de l'inflammation des plaques de Peyer ont-elles ici joué un rôle dans la genèse du néoplasme.

A notre avis, un traumatisme ou une lésion quelconque peuvent bien expliquer la localisation d'une tumeur, mais elles sont insuffisantes pour en expliquer la formation. Aussi, la comparaison clinique de l'évolution des tumeurs malignes avec les processus infectieux, a-t-elle sollicité,

dans la période contemporaine un important mouvement de recherches vers l'origine parasitaire possible des néoplasmes.

La théorie parasitaire nous semble particulièrement intéressante, en ce qui concerne les tumeurs du tube digestif et surtout les sarcomes primitifs du grêle. Cet organe, en effet, représente la surface d'absorption la plus active de l'économie; il est sujet aux ulcérations, aux excoriations, qui sont autant de portes d'entrée, de plus, la richesse et la variété de la flore intestinale est tellement grande, qu'on y trouve des représentants de toutes les espèces microbiennes. Quoi d'étonnant, après ces constatations, si, par effraction ou simple dialyse, un de ces éléments pathogènes s'étant introduit dans la sous-muqueuse, y détermine un processus de défense qui aboutira à une prolifération cellulaire désordonnée.

Mais l'important dans cette question c'est de découvrir l'agent pathogène. On a tour à tour incriminé les bactéries, les levures, les sporozoaires. Les levures et les sporozoaires semblent avoir donné de vagues résultats à quelques auteurs. Tout récemment encore, M. le professeur Bosc signalait l'origine amibienne de certaines tumeurs. Malheureusement, jusqu'à présent la théorie parasitaire, pour si séduisante quelle soit, n'a pas fait ses preuves. Elle n'a que la valeur d'une hypothèse extrêmement intéressante et même particulièrement satisfaisante, en ce qui concerne les sarcomes primitifs de l'intestin grêle, mais nullement démontrée.

Que doit-on penser du fait suivant rapporté par Smoler?

A l'autopsie d'une femme de 70 ans, on trouva sur l'iléon, à 30 centimètres de la valvule, une tumeur qui infiltrait circulairement la paroi de l'intestin sans déterminer de sténose; il s'agissait d'un sarcome mixte de la paroi

intestinale . Or, au niveau du pylore on trouva en même temps une tumeur ulcérée à bords surélevés, large de 4 centimètres. C'était un adéno-carcinome typique du pylore. Chez cette femme il y avait donc coexistence de deux néoplasmes de nature différente. Il semble que sous l'influence inconnue qui détermine l'apparition des tumeurs malignes, chaque tissu avait réagi par la production du néoplasme qui a coutume de se développer à son niveau.

Enfin nous terminerons ce chapitre en rapportant les trois observations de sarcomes primitifs de l'intestin grêle observés par M. le professeur Petit-d'Alfort chez les animaux. Dans une première observation il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire chez un chien, avec dilatation intestinale et ganglions mésentériques. Dans une seconde, Petit relate l'histoire d'un sarcome du grêle avec lymphangite sarcomateuse et adénopathie mésentérique chez un cheval. Dans une troisième, il nous présente une lymphosarcomatose étendue chez une jument.

Ces faits empruntés à la pathologie des animaux sont très intéressants, car ils nous montrent qu'au point de vue structure ces tumeurs sont en tous points comparables aux sarcomes de l'homme.

TRAITEMENT

Comme toutes les tumeurs malignes, le sarcome de l'intestin grêle n'admet qu'un traitement, c'est le traitement chirurgical. Mais une ablation suffisamment large et suffisamment précoce peut-elle nous laisser de sérieuses espérances? Nous devons en convenir, les statistiques publiées jusqu'à ce jour sont peu encourageantes. On a cependant cité un certain nombre de faits que l'on peut considérer comme des guérisons. Ainsi, Hahn nous parle d'un jeune homme qu'il opéra à l'âge de 19 ans et qu'il suivit pendant huit ans sans constater de récidives. Mickulicz relate l'histoire d'un malade de 40 ans qu'il revit pendant plusieurs années, après l'avoir débarrassé d'un sarcome fuso-cellulaire. Steinthal, en 1904, publia les deux observations suivantes: Une femme âgée de 25 ans qu'il opéra en 1900 d'un sarcome fuso-cellulaire et qui ne présentait rien d'anormal quatre ans après. Un homme de 43 ans qu'il revit durant quelques années sans constater rien d'anormal. Que faut-il penser de pareils résultats? Evidemment, le nombre des succès que nous citons est beaucoup trop réduit pour qu'on puisse conclure. Il nous semble cependant que c'est le devoir du chirurgien, du moment qu'il s'est rencontré des cas favorables, de pratiquer une exérèse large et précoce aussitôt que le diagnostic sera posé.

Comme nous l'avons vu plus haut, si le diagnostic de la tumeur abdominale est facile, celui de sa disposition est souvent impossible. Aussi la plupart du temps est-on obligé de débuter par une laparotomie exploratrice. Il est des cas où il faut savoir s'abstenir et ne rien tenter du tout. Cette conduite est sage toutes les fois qu'on a affaire à un malade profondément cachectisé, en présence d'une ascite symptomatique d'une généralisation péritonéale ou hépatique, chez les cardiaques, chez les gens atteints d'affections pulmonaires. Toutes les fois, en un mot, qu'on peut mettre en doute les résultats heureux de l'intervention. L'abdomen étant ouvert, si la cure radicale est jugée opportune, il faudra pratiquer une résection intestinale dépassant de beaucoup les limites de la tumeur, enlever les métases le plus complètement possible, anastomoser ensuite les deux bouts de l'intestin grêle. L'opération sera généralement faite en un seul temps en présence d'une tumeur bien localisée, sans généralisation bien étendue. Cependant, dans quelques cas spéciaux, quand il y a occlusion intestinale, par exemple, l'opération en deux temps peut présenter quelques avantages. On commencera par une entérostomie ou une entéro-anastomose, et ce n'est que plus tard, quand le malade aura repris son équilibre général, qu'on terminera par l'ablation du néoplasme. Cette manière a au moins un inconvénient grave, c'est de faire perdre un temps précieux.

Il y a contre-indication à la cure radicale: 1° quand il existe une dissémination étendue sur tout le trajet intestinal; 2° quand les métastases ganglionnaires et viscérales, trop éloignées, sont inaccessibles; 3° quand les adhérences sont trop développées.

La résection de la tumeur étant effectuée, deux procédés permettent de rétablir le cours des matières:

1° L'entérorraphie circulaire avec ou sans suture au bouton de Murphy;

2° La fermeture des deux bouts avec entéro-anastomose latérale.

« La fermeture des deux bouts, après écartement et enfouissement du moignon intestinal préalablement lié, ou même avec fermeture simple sous écrasement suivie de l'entéro-anastomose latérale faite par le procédé des sutures est la meilleure technique », d'après Lecène.

Il est intéressant de savoir quelle longueur on peut enlever sans porter dommage aux opérés. Nous savons aujourd'hui qu'on peut sans danger opérer de larges exérèses. Fentino et Rugé auraient enlevé jusqu'à 3 m. 50 d'intestin.

Un point plus important encore, c'est de savoir quelle étendue on peut donner à la résection du mésentère. Cette résection, à notre avis, doit être variable avec chaque cas. S'il existe des noyaux secondaires seulement dans une portion du mésentère, il faudra les enlever sans hésiter et diminuer ainsi les chances de récidive; mais si l'infiltration a gagné la base du mésentère, toute tentative devient inutile.

Pour conserver à l'intestin un apport sanguin suffisant, il faut rappeler quelques nations anatomiques: chaque branche de l'artère mésentérique supérieure irrigue un segment d'intestin dont la longueur varie entre 50 et 80 centimètres. En supprimant cette branche première de la mésentérique, il faut bien prendre garde de supprimer en même temps le segment intestinal correspondant. De cette façon, la circulation est parfaitement assurée grâce aux anastomoses en arcades des branches primaire, secondaire et tertiaire de la mésentérique supérieure. On découpera donc un triangle dont la base, longue d'au moins 80 centimètres, comprendra un segment d'intestin grêle et dont

les côtes se dirigeront en coin jusqu'au niveau de la branche primaire de l'artère mésentérique supérieure, tout en prenant la précaution de ne pas lier le tronc même de cette artère, ainsi que la veine satellite. On aura ainsi enlevé d'un coup la tumeur, une grande longueur d'intestin au-dessus et au-dessous, les ganglions infectés et leurs lymphatiques efférents.

Si nous analysons les statistiques publiées jusqu'à ce jour, la mortalité post-opératoire serait de 26 0/0. Une proportion si élevée semble avoir pour origine l'étendue des adhérences. En effet, si nous prenons seulement les cas où l'intestin se laissait facilement attirer au dehors, la mortalité s'abaisse à 10 0/0.

L'âge du malade ne saurait être une contre-indication; l'opération réussit aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, mais chez les uns comme chez les autres la récidive, qui est pour ainsi dire la règle, assombrit beaucoup le pronostic de ces opérations.

Pour conclure, nous dirons qu'en l'état actuel de la science, et avec les procédés opératoires employés jusqu'à ce jour, la guérison sans récidives plus ou moins éloignées est bien aléatoire.

OBSERVATIONS

Observation personnelle

X..., 22 ans, Algérien, sapeur au 2e génie, entre en avril 1913 dans le service de M. le médecin principal Esprit, pour une tumeur dans le flanc gauche. Dans ses antécédents, rien d'intéressant; pas de paludisme, pas de dysentérie. A ce moment-là, il se plaint de coliques apparaissant après les repas, mais souvent indépendantes de ces derniers. Quelques jours avant, comme par hasard, en pressant son ventre, il s'aperçut d'une masse dure dans le flanc gauche. Malgré ce, il a continué à faire les exercices et les marches, jusqu'au jour où, voyant que son état ne s'améliorait pas, il s'est décidé à se faire porter malade, et il est dirigé sur l'hôpital, où nous l'examinons. A son entrée, les phénomènes douloureux persistent. Son interrogatoire nous apprend que les forces ont progressivement faibli et qu'un affaiblissement assez notable est rapidement apparu. L'appétit est à peu près nul, les digestions sont lentes, mais les selles sont régulières, contrariées parfois par des diarrhées; la constipation est rare. Les autres appareils respiratoire, circulatoire et urinaire fonctionnent normalement.

A l'examen, le sujet a un facies pâle et amaigri. Son abdomen est légèrement ballonné à gauche; à jour frisant, on voit se dessiner une saillie. La peau a une coloration normale sans circulation veineuse exagérée. A la palpation, on sent une masse dure, de consistance régulière, facile à délimiter sur tout son pourtour, sauf à sa partie inférieure; elle est absolument fixe et se projette sur la paroi abdominale suivant la forme d'un croissant dont la concavité regarde à droite. En haut, elle arrive à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; en bas, elle descend presque jusqu'à l'arcade de Fallope; à droite, sa concavité entoure l'ombilic et dépasse la ligne médiane de 3 à 4 centimètres; à gauche, elle a un bord connexe qui s'étend dans le flanc.

La percussion de la tumeur est mate, sauf sur une bande qui la traverse en diagonale et dont la palpation détermine des gargouillements; c'est une anse intestinale qui est plaquée entre la paroi abdominale et le néoplasme. Le reste de l'abdomen est sonore; il ne paraît pas y avoir d'ascite. Le toucher rectal fait sentir des masses dures, irrégulières, adhérentes à la profondeur.

L'examen des poumons ne décèle rien d'anormal. En présence de cette symptomatologie, plusieurs hypothèses sont à discuter. Il s'agit d'établir d'abord le siège de la tumeur, puis sa nature. Pour le siège, on élimine la paroi abdominale, puisque dans les contractures de celle-ci la masse perd sa netteté; de plus, on a constaté une bande sonore intestinale au-devant d'elle. Pour cette dernière raison, on élimine aussi toutes les formations possibles au niveau du péritoine pariétal.

L'absence de troubles urinaires et les résultats normaux d'une analyse d'urine, permettent de penser que le rein n'est pas en cause. Restent donc l'intestin et le mésentère.

Quant à la nature de la tumeur, on peut se demander s'il s'agit d'un kyste hydatique, d'une formation tuberculeuse ou d'une néoplasie maligne. L'altération assez rapide de l'état général et les résultats de l'examen du sang permettent d'éliminer le kyste; il y a, en effet, une anémie légère; les globules blancs sont augmentés à 18.000 et l'hyperplasie porte sur les polynucléaires; il n'y a pas éosinophilie.

La tuberculose est peu probable en raison des symptômes pulmonaires négatifs. En somme, le diagnostic porté est celui de néoplasie maligne à siège probablement mésentérique. Dans les jours qui suivent, l'état général du malade s'altère peu à peu, l'amaigrissement s'accentue et le facies prend un teint terreux. Des vomissements alimentaires d'abord, puis porracés surviennent, le ventre se ballonne, la constipation apparaît, le pouls s'accélère et faiblit; la température, qui jusque-là, avait été normale, à part deux ou trois petits crochets à 38°, s'élève et se maintient à 38°. Ce sont là autant de symptômes qui indiquent une réaction péritonéale.

En raison de cette complication, M. Esprit décide l'intervention et pratique, après une anesthésie à l'éther goutte à goutte, une laparotomie médiane et sous-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide citrin très peu abondant, et l'on aperçoit dans le flanc gauche une masse d'un blanc nacré; sa coloration tranche avec celle de l'intestin rosé, œdématié, et fait penser à une collection kystique. Mais sa consistance a une dureté ligneuse et fait éliminer cette hypothèse. Une anse passe au-devant d'elle et lui adhère intimement; il est impossible de la libérer, d'autant que l'œdème dont elle est le siège la rend très friable.

En un point même, elle se déchire sur sa tunique séreuse et en partie sur sa musculeuse. La masse se perd dans la

profondeur, où elle se fixe fortement. La mobilisation est impossible. D'autres anses, par leurs adhérences, gênent l'exploration.

En présence de ces difficultés, on arrête là toute recherche et on referme la paroi par suture en trois plans. Le soir, la température atteint 38°5; le pouls est à 140; le malade vomit.

Le lendemain, l'état s'aggrave, la température s'élève, le pouls devient filant, incomptable, les vomissements sont continus; la mort survient dans la nuit.

Autopsie. — 24 heures après le décès, l'abdomen est ballonné, le péritoine contient de l'ascite. Les anses intestinales sont météorisées. On enlève la plupart des organes. Voici les constatations macroscopiques que nous avons notées.

Intestin grêle: Au point où la lésion est à son maximum, à 35 centimètres du cæcum, se trouve une masse volumineuse, dure et bosselée, formée par l'intestin infiltré et dilaté recouvert encore par le péritoine.

A l'ouverture de l'intestin, on constate une dilatation très marquée. La largeur de la lanière étalée atteignant 16 centimètres à son point maximum. Au niveau, la paroi intestinale atteint jusqu'à 6 à 7 centimètres d'épaisseur. Elle est, à sa surface interne, bosselée, blanchâtre et présente un aspect dépoli avec des ulcérations diffuses.

A la palpation, tissu rénitent, élastique, qui à la coupe est formé par une substance gris blanchâtre et gris rosé compacte.

En allant vers l'extrémité supérieure de l'intestin grêle, la tumeur infiltre de moins en moins, l'épaisseur de la paroi bosselle la surface interne de l'intestin mais n'ulcère plus la muqueuse.

Vers l'extrémité inférieure, la dilatation intestinale di-

minue très rapidement, mais la paroi est très épaissie et indurée, avec des régions où l'épaisseur devient plus grande et forme tumeur véritable. Cette tumeur résistante, élastique, demeure comprise entre le péritoine d'une part et la muqueuse de l'autre, les villosités devenant plus épaisses et s'effaçant sous l'infiltration. Par endroits, ces tumeurs atteignent une épaisseur de 5 à 6 centimètres (du volume d'un œuf de poule), et à la surface interne de l'intestin elles déplissent en totalité les villosités en formant une surface lisse blanc-grisâtre, parfois bosselée. Les ganglions mésentériques, en ces points, sont volumineux et formés du même tissu grisâtre et élastique. Le méso d'une anse grêle qui s'applique sur la tumeur intestinale est infiltré sur une étendue de 15 centimètres environ.

Du côté du gros intestin, la paroi postérieure du cæcum est infiltrée, épaissie, du volume d'un œuf de poule. Sa consistance et sa coupe sont identiques à celles de la tumeur primitive. Au niveau de l'S iliaque, on constate aussi dans le méso l'existence d'une autre masse grosse comme une mandarine qui ne fait pas corps avec les parois intestinales; c'est un ganglion métastatique.

Le foie est énorme, il pèse 2.850 grammes. Périhépatite prononcée. A sa surface supérieure, après avoir disséqué les adhérentes fortes et très étendues, on constate une tumeur blanchâtre, saillante, d'une consistance mollasse et élastique; elle dépasse le rebord antérieur du foie et son volume est celui d'une orange. Elle se continue en arrière et à droite avec une deuxième masse un peu moins volumineuse et qui va ensuite se perdre en arrière dans des adhérences épaissies.

A la coupe, la tumeur constitue une masse blanchâtre qui s'enfonce dans le foie en se continuant sans limites de séparation nette avec le tissu normal.

La rate, de dureté élastique, mais sans nodosités apparentes, pèse 320 grammes.

Les reins, augmentés de volume, pèsent: le droit 280 grammes, le gauche 300 grammes; ils présentent à leur surface des bosselures grisâtres, arrondies, du volume d'une noisette au plus. A la coupe médiane, la substance corticale est criblée de tumeurs arrondies ou ovalaires gris-rosées et de consistance élastique.

L'examen histologique, que nous devons à l'amabilité de M. le professeur Bosc. conclut à un lymphosarcome de l'intestin grêle.

Observation Première

(Bessel Hagen)

Ein ulceroses sarcom du jejunum beninem rinde.
Virchow's Archiv Bd go p. 99

Enfant de 7 ans et demi; a toujours été bien portant jusqu'en février 1883. Il reçut alors un coup de poing violent dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Il commença alors à souffrir de violentes douleurs abdominales. Il s'amaigrit progressivement, tandis que son abdomen augmentait de volume.

Peu à peu la mère de l'enfant remarqua, au point le plus douloureux, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez dure, qui augmenta rapidement de volume. Jamais on n'a observé de troubles de la défécation, mais souvent du ténesme vésical et des vomissements. En août 1883, on trouva à l'examen, une tumeur située au-dessus de la paroi et à droite de l'ombilic. La tumeur est très douloureuse à la palpation. Sa surface est lisse, sauf en bas, où elle semble bosselée; sa consistance générale est dure;

en haut, elle s'étend jusqu'au rebord costal; en bas, elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure droite. A gauche, la tumeur présente quelques prolongements arrondis légèrement mobiles qui dépassent la ligne médiane; l'ensemble de la masse est légèrement mobile en tous les sens. La tumeur est mate à la percussion; au contraire, l'abdomen sus-ombilical en particulier est fortement tympanique. En dehors de cette tumeur on trouve à gauche, dans l'abdomen, plusieurs nodules isolés, et par le toucher rectal on sent une tumeur dure grosse comme un œuf de poule adhérente à la paroi pelvienne. Tous les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume et quelques-uns sont assez sensibles. La miction et la défécation sont normales.

L'examen du sang montre une légère augmentation du nombre des leucocytes. La température vespérale est souvent de 38°6. Pendant les semaines suivantes, l'état du malade resta identique et ses forces déclinèrent. Quelquefois un peu de diarrhée, perte complète de l'appétit; soif ardente. La mort survient en juin.

Autopsie. — Sarcome ulcéré du jéjunum avec sarcomatose étendue du mésentère. Métastases multiples dans les reins, dans la paroi pelvienne droite et les ganglions lymphatiques. L'intestin est très dilaté au niveau de la tumeur, ressemblant presque à un anévrisme. Aux deux endroits où l'intestin grêle entre et sort de la tumeur, il est dilaté, en entonnoir et recouvert de sa muqueuse normale jusqu'à une sorte d'ulcération qui correspond à la tumeur.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire ayant débuté par la sous-muqueuse de l'intestin grêle. La structure des métastases est identique.

Observation II

(Pépin)

Sarcome de l'intestin grele et du mésentère chez un enfant de 5 ans
Journal de Médecine de Bordeaux, 20 décembre 1891

Fillette de 5 ans, s'est toujours bien portée jusqu'en novembre 1889. A cette époque, elle a une broncho-pneumonie qui guérit en une vingtaine de jours. Depuis, la santé a été bonne. Il y a deux mois (juin 1891), l'enfant reçut un violent coup de pied au ventre, ce qui aurait, d'après sa mère, marqué le début des accidents. L'enfant, au début de juillet, se plaint du ventre: la mère y découvre une masse comme une mandarine très mobile. Ni fièvre, ni diarrhée; l'état général reste bon, mais vers la fin juillet les douleurs deviennent intenses, l'enfant pâlit, perd son appétit, alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 10 avril, entrée à l'hôpital. Le ventre, volumineux, présente dans le flanc gauche une saillie nette, arrondie, du volume d'une orange. De son bord supérieur droit, part un prolongement cylindrique qui se dirige transversalement vers la région hypogastrique, où il se perd.

Cette saillie se déplace un peu suivant que l'enfant se tourne à droite ou à gauche. Pas de dilatation veineuse à la surface du ventre. A la palpation, on sent une tumeur volumineuse qui s'étend: 1° de haut en bas, du bord des fausses côtes gauches à la crête iliaque; 2° transversalement, du bord externe du carré des lobules gauches jusqu'à une ligne passant à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. On peut enfoncer les doigts entre le rebord costal gauche et le bord supérieur de la tumeur. Il est plus diffi-

cile de pénétrer sous le bord inférieur de la tumeur, qui se perd dans le bassin. Cette tumeur est formée d'une masse grosse comme une orange reposant sur une autre masse bombée, étalée, large comme une main d'adulte.

Matité très nette sur toute la zone correspondant à la tumeur. Pas d'augmentation du volume du foie. Rien à l'examen du cœur ni des poumons; température, le soir, 37°8. Petits ganglions durs dans le triangle de Scarpa de chaque côté. Selles liquides, jaunâtres, très fétides. Le 2 septembre 1891, l'enfant meurt avec de la cyanose généralisée; il y a eu la veille des vomissements d'odeur fétide.

Autopsie. — Tumeur volumineuse discoïde, qui occupe tout le flanc gauche et presque toute la région ombilicale. Elle est circonscrite en haut par le côlon transverse, à gauche par le côlon descendant, à droite par toute la masse de l'intestin grêle refoulé vers l'hypocondre et le flanc droit et masquant complètement le côlon descendant. Le grand épiploon épaissi recouvre toute la face antérieure et adhère à sa partie inférieure.

Cette tumeur occupe le jéjunum à 20 centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.

A ce niveau, la paroi est infiltrée par un néoplasme blanchâtre de 2 centimètres d'épaisseur. La lumière de l'intestin s'élargit et forme une cavité du volume d'une orange dont le fond irrégulier, ulcéré et tomenteux, dégage des odeurs fétides. Grosse métastase mésentérique d'aspect analogue. Pas de lésions viscérales, sauf une congestion assez marquée du foie et du rein; les poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire.

Observation III

(C. Stern)

Ueber primären Dünmdarm sarcom bei Neigerebonen
Berlin Klin. Wochenschrift, 1894, n° 35, p. 802

Une femme de 23 ans entre le 19 octobre à l'hôpital de Dusseldorf pour y accoucher de son premier enfant. Aussitôt après la naissance, on remarque que l'enfant ne rendait pas de méconium, mais au contraire qu'il vomissait des matières bilieuses. Son ventre était distendu, mais on ne sentait rien d'anormal à la palpation. L'anus était bien conformé. Le lendemain de sa naissance, l'enfant vomit de nouveau et il en fut de même toutes les fois qu'on essaya de l'alimenter. Pas de selles, les langes cependant étaient souillés d'urine. On fit le diagnostic d'occlusion intestinale congénitale. L'enfant déclina rapidement et mourut cinq jours après sa naissance. L'autopsie montra que tous ses organes étaient normaux, sauf l'intestin grêle; à 1 m. 30 de l'angle duodéno-jéjunal, on trouva une tumeur de un centimètre et demi de hauteur qui occupait la paroi de l'intestin sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette tumeur occupait toute l'épaisseur de la paroi intestinale; elle était de couleur gris rosé et semblait composée de plusieurs couches; la muqueuse intestinale était détruite à la surface de la tumeur.

A l'examen histologique, on ne trouva que des restes de la muqueuse sous forme de culs-de-sac glandulaires; toute la sous-muqueuse, ainsi que la sous-séreuse, étaient occupées par une très grande quantité de cellules rondes à noyaux très colorés; protoplasma peu abondant; la tunique

musculaire était dissociée par l'infiltration des cellules rondes. Au-dessous de la séreuse, le tissu néoplasique était parcouru par des cavités sanguines souvent très étendues dont les parois étaient formées par les éléments néoplasiques eux-mêmes. Il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire, peut-être un angio-sarcome au sens de Kalaczek.

Observation IV

(Fr. Kraus)

Zur casuistik ver pramorer varmtumoren
Prager Medicinische Wochenschrift, 1886, B. S., IX, p. 109

Homme de 36 ans. Le malade ne sait pas à quand remonte exactement le début de sa maladie. Peu à peu des troubles dyspeptiques se sont installés; il a maigri, il a eu des alternatives de constipation et de diarrhée en août 1885. Des douleurs apparurent dans le bas-ventre. Ce n'est qu'en septembre de la même année que le malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur située dans la région ombilicale qui augmenta rapidement de volume. On peut sentir à ce niveau une tumeur irrégulière bien limitée de la grosseur d'une tête d'enfant, non adhérente à la paroi abdominale, mobile avec les mouvements respiratoires, mais semblant fixée dans la profondeur. A gauche de l'ombilic, on pouvait palper deux nodules durs semblant indépendants de la tumeur. La consistance de la tumeur est plutôt molle, vaguement fluctuante. La percussion à la surface donne un son tympanique à certains points. A l'examen du sang, on trouve un peu de leucocytose. Pas de fièvre, mais des douleurs assez vives jusqu'à atteindre le volume d'une tête d'adulte. Il y avait toujours des alternatives de cons-

tipation et de diarrhée. Cinq jours avant la mort, les symptômes d'une péritonite apparurent. La tumeur devint indistincte et de chaque côté, dans les flancs, on pouvait constater la présence de liquide.

Autopsie. — On trouva une tumeur siégeant sur l'intestin grêle; le revêtement séreux de la tumeur était intact. La tumeur siégeait à 60 centimètres au-dessous du pylore et occupait 16 centimètres de longueur d'intestin.

Il n'y avait pas de perforation de la tumeur. Deux ganglions mésentériques voisins de la tumeur étaient envahis ainsi que plusieurs ganglions rétro-péritonéaux. Il n'y avait pas de métastases viscérales.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de lymphosarcome à petites cellules ayant débuté par la muqueuse de l'intestin grêle.

Observation V

(Dr Grégoire)
Thèse de Boissière, Paris 1908

T... Marie, 26 ans, blanchisseuse, entre d'urgence à l'hôpital Bichat, dans le service du docteur Picqué, pour douleur et ballonnement du ventre. Le début de l'affection remonte à l'avant-veille. Rentrée de son travail la journée terminée, cette jeune fille se sentait souffrante depuis l'après-midi, elle éprouvait des douleurs assez violentes dans le côté droit du ventre; en même temps, se manifestait un état nauséeux assez pénible mais sans vomissements. Elle se coucha sans dîner; dans la nuit, les douleurs se calmèrent et elle dormit quelque peu. Le matin, elle resta couchée, ne se sentant pas la force de travailler.

Brusquement, à dix heures du matin, elle fut prise d'une douleur déchirante dans le côté droit du ventre, avec vomissements bilieux. Très rapidement la douleur s'étendait à tout l'abdomen. Le ventre devint volumineux et ballonné. Cet état dura toute la journée et toute la nuit. Le lendemain matin on la fit transporter d'urgence à l'hôpital. La maladie actuelle est la première affection sérieuse dont la malade se rappelle ; elle était fille unique de parents âgés, n'avait ni frères ni sœurs ; ses parents sont actuellement bien portants.

Examen. — La malade est bien constituée, elle présente un facies tiré, des yeux excavés, une respiration dyspnéique. Elle se plaint de douleurs vives dans le ventre et se tient les cuisses fléchies sur le bassin pour diminuer les souffrances.

Le ventre est fortement ballonné, la paroi est tendue. La palpation est très douloureuse en tous points. La défense musculaire est partout également prononcée. Bien que la malade raconte que la douleur a commencé par le côté droit du ventre, la palpation ne révèle ni douleur spéciale, ni contraction musculaire.

L'exploration de la fosse iliaque est rendue impossible par la défense de la paroi.

L'état général n'est pas trop mauvais ; le pouls est à 120. Le thermomètre marque 39°5.

La malade a une péritonite aiguë. La jeune fille étant vierge, on essaye un toucher rectal et l'on constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'une tumeur du volume d'une orange, très douloureuse à la palpation et qui semble régulièrement arrondie, lisse, assez résistante au doigt. Le diagnostic reste assez hésitant entre annexie suppurée ou un kyste de l'ovaire avec rupture dans le péritoine.

Opération. — Après incision, la main introduite dans le

petit bassin rencontre aussitôt la tumeur que l'on avait sentie par le toucher rectal. On éprouve quelque peine à l'attirer au dehors, car elle adhère aux anses intestinales qui la recouvrent et à la face postérieure du ligament large. Les adhérences une fois rompues, la tumeur est amenée à la plaie et l'on constate alors qu'elle fait corps avec une anse intestinale grêle. Elle paraît située à 90 centimètres du cæcum et se trouve appendue au bord libre de l'intestin. A son extrémité libre, un orifice arrondi laisse sourdre un pus jaunâtre. C'est cette tumeur abcédée qui a occasionné la péritonite. Le reste de l'intestin et le mésentère paraissent normaux. On extirpe la tumeur et on termine par une anastomose latéro-latérale. La malade meurt huit jours après.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agissait du sarcome globo-cellulaire.

CONCLUSIONS

I. La symptomatologie du sarcome primitif de l'intestin grêle est des plus vagues.

A la palpation, on trouve dans l'abdomen, entre les anses ascendante, transverse et descendante du côlon, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à peu près. Cette tumeur n'est pas sténosante, elle ne s'accompagne pas de selles marc de café, mais son apparition est souvent suivie de cachexie rapide. La difficulté du diagnostic c'est de définir le siège de la tumeur. Quand on a localisé la tumeur sur le trajet de l'intestin grêle, le diagnostic différentiel se fait entre le sarcome, l'épithélioma et la tuberculose. Ces deux dernières affections sont généralement sténosantes.

II. Le sarcome du grêle évolue dans une période qui va de 1 mois à 1 an. Le malade meurt souvent cachectique, à moins qu'une complication : l'occlusion, qui est rare, ou la péritonite, ne viennent hâter la fin de la maladie.

III. Nous diviserons les sarcomes du grêle, au point de vue anatomo-pathologique, en deux formes :

1° La forme circonscrite (une seule tumeur), qui est probablement une forme de début ou une forme moins maligne ;

2° La forme diffuse ou en chapelet, qui représente un stade plus avancé ou à évolution plus rapide.

IV. Au point de vue histologique, nous distinguerons:

1° Le sarcome globo-cellulaire, caractérisé par des cellules néoplasiques rondes;

2° Le sarcome fuso-cellulaire, caractérisé par des cellules néoplasiques allongées;

3° Le lympho-sarcome, caractérisé par la prolifération du réticulum lymphoïde.

Le sarcome globo-cellulaire et le lympho-sarcome sont les plus fréquents et les plus malins.

V. L'état actuel de la science ne nous permet pas de donner une explication rigoureuse des sarcomes primitifs du grêle. Aussi croyons-nous bon d'être éclectique. Nous admettrons toutes les hypothèses. Il semble probable qu'une petite partie des sarcomes du grêle, ceux qui siègent aux environs du cæcum, ont pour origine la dégénérescence néoplasique de certains débris vitellins anormalement persistants. Nous signalerons l'action favorisante de certains traumatismes et de certaines cicatrices. En terminant, nous dirons un mot de la théorie parasitaire qui a été tout récemment reprise par M. le professeur Bosc. Elle nous semble particulièrement applicable aux sarcomes du grêle. Mais ce n'est qu'une hypothèse indiscutablement intéressante, satisfaisante même à certains égards, mais nullement démontrée jusqu'à présent.

VI. Le traitement est essentiellement chirurgical; il devra être aussi précoce que possible. Il faudra faire de larges exérèses; réséquer un segment d'intestin bien au-dessus et au-dessous de la tumeur, ainsi qu'un vaste trian-

gle mésentérique, tout en prenant garde de respecter les vaisseaux qui nourrissent les régions voisines de la section. En outre, on devra extirper tous les ganglions infectés.

VII. Le pronostic est sombre; d'abord il y a 26 0/0 de décès après l'opération, et cela à cause des adhérences; ensuite, la récidive est très fréquente. Mais comme on a cité des cas de survie allant jusqu'à huit ans, c'est un devoir pour le chirurgien d'intervenir, à moins de contre-indications formelles (adhérences très développées, métastases disséminées, cachexie trop avancée, ascite).

BIBLIOGRAPHIE

Augier et Wilhate. — Sarcome de l'intestin grêle, 1911. Société anat. clinique de Lille.

Albertin et Leriche. — Archives provinc. de chirurgie, 1906, p. 444.

Arivat et Cathala. — Presse Médicale, 1914.

Anderson. — British med. Journal, 1898, t. I, p. 426.

Baltzer. — Arch. für klin. chirurgie, Bd XLIV, 1892, p. 717.

Barling (Gilbert). — Annals of Surgery, 1897.

Basiler. — Carcinome de l'iléon. N. Journ. m. J., 1911-161.

Begouin. — Gaz. heb. Soc. méd. Bordeaux, 1910, p. 608.

Bernard. — Tumeurs multiples de l'intestin et du mésentère chez un dysentérique. Lyon Médical, 1901.

Boije. — Fonska lâkausalh kapits handlingen, 1908.

Boissière. — Thèse Paris, juillet 1908.

Bonamy. — Société des chirurgiens de Paris, mai 1909. Volumineuse tumeur du grêle.

Chirourgia. — Août 1912. Nitchaieva diakonova. Pathogénie des lésions sarcomateuses du grêle.

Carless. — Sarc. of the ileum. Proc. Roy. Soc. Med. Londres, 1911, p. 181.

Cuneo. — Bulletin Soc. Chirurgicale, 1911, p. 181.

Colmers. — Arch. h. klini. chirurg., 1906, LXXIX, Hefl. I, p. 132 à 169.

Delanglade et Weill. — Société médicale des Bouches-du-Rhône, 1912.
Derumber. — Th. de Munich, 1908.
Delbet et Le Franc. — Société Anatomique de Paris, mai 1910.
Erdmann. — Soc. Chirurg., New-York, 1909.
Fisher. — Bristol Med. Chirurg., 1901.
Forgue et Riche. — Diverticule de Meckel. Paris, 1907.
Gartner. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1912.
Genusiche. — Pester med. chirur. Presse, 1893.
Grégoire. — Arch. gén. de chirurgie, 1er juillet 1907, p. 402.
Goebel. — Société de chirurgie de Breslau, 1910.
Giron et Rowletti. — Académie Royale d'Irlande, 1910.
Gozzi. — Clinique chirurgicale de Milan, 1910.
Hayward. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 1909.
Handeck. — Société império-royale des médecins de Vienne, 1910.
Homolle. — Bulletin Société Anat. de Paris, 1870, p. 260.
Hahn. — Berlin. Klin. Wochenschrift, 1887, n° 25, p. 446.
Jundell. — Higyca Stockholm, 1901.
Kallionzis. — Société Chirurgicale de Paris, 1910.
Kraus. — Prague Med., 1889.
Lecène. — Trav. de chirurg. anal. clin., 1907, p. 444.
Lange. — Hygica (Stockholm), 1902, t. I, p. 273.
Libman. — Mitteil. aus den grenz. geb. des medicin. chir., 1901, Bd VII, p. 446.
Morestin. — Bull. Société médicale, 1889.
Moynihan. — London, Churchil, 1905, Abdominal operations.
Mac Burney. — Annals of Surgery, 1897.
Madelung. — Antrablatt fûr Chirurgie, Leipzig, 1892.
Munck. — Thèse de Breslau, 1909.
Mermet. — Bulletin Société Anat. Paris, 1891.

Nothnagel. — Wien, 1898, p. 218.
Otto Fried. — Inaug. D'ss. Erlangen, 1902.
Pana. — Un cas de sarcome du grêle avec récidive. Napoli, 1911.
Paveteo. — Riforma Medica, 1911.
Patch. — Zentralblatt für Gynecologie, 1913.
Rinibach. — Inaug. Diss. Giessen, 1887.
Runkel. — Inaug. Diss. Marburg, 1897.
Rovsing. — Hospitalstitende, 1897 (Copenhague), p. 1085.
Rutherford. — Glascow med. Journal., vol. I, p. 456.
Rheinwald. — Beitr. zur Klin. Chirurgie, 1901, Bd XXX, p. 602.
Rassau. — Uber sarcomatose des duundarms. Kiel, 1891. Bd. I.
Rochard. — Bull. Société Chirurg., Paris, 1911.
Steinthal. — Munchener Medic. Wochenschrift, 1904, Bd. I.
Sergel. — Berlin. Klin. Wochenschrift, 1859, n° 35, p. 767.
Stern. — Berlin. Klin. Wochenschrift, 1894, n° 35, p. 802.
Schevabe. — Inaug. Dissert. Wurzburg, 1890.
Stunberg. — Wiener Klin. Wochenschrift, 1901, n° 42, p. 1043.
Steiner. — Beitr. zur Klin. Chirurgie, 1898, Bd. XXII, t. I, p. I.
Sherperd. — The Montreal Medical Journal, avril 1908, p. 274.
Sormento. — Medicina contemporena, 1911.
Scott Redont et Ford Palser. — British Medical Journal, 1909.
Schmidt. — Vienne Klinique Winch., 1898.
Smoler. — Pratique Médicale, Viem, 1898.
Steinberg. — Vienne, 1901. Sarcomes multiples du duodénum.

Strasburger. — Les sarcomes du duodénum. Bonn, 1894.
Ternia et Lecène. — Revue de Chirurgie, 1904, p. 165.
Vulard Gordon. — Thèse Bordeaux, 1898.
Wallinberg. — Ber. Klin. Wochenschrift, 1864, p. 497.
Westermark. — Nord. Medical Arch. Stockholm, 1899.
Tierfelder. — Les sarcomes du duodénum chez les enfants. Leipzig, 1909.
Zuralski. — Inaug. Diss. Kompburg, 1889.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 juin 1914,
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 4 juin 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtrès de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !